**Allegato “A”**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**PER LA MESSA A DISPOSIZIONE DI SPAZI**

**PER LO SVOLGIMENTO DELL’ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA**

**IN REGIME AMBULATORIALE**

**All’Azienda ASL Città di Torino**

**via San Secondo 29**

**10128 – Torino**

**protocollo@pec.aslcittaditorino.it**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante della Struttura di seguito indicata:

Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail posta certificata (Pec) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRESA VISIONE**

dell’avviso pubblico per manifestazione di interesse approvato dall’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con deliberazione n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA**

la propria disponibilità alla stipula di convenzione per la messa a disposizione di spazi ambulatoriali attrezzati al personale dirigenziale dell’ASL Città di Torino alle condizioni normativo-economiche previste dall’avviso sopra richiamato e secondo la proposta tecnica allegata alla presente istanza, per lo svolgimento dell’attività libero-professionale intramuraria in regime ambulatoriale delle seguenti tipologie:

* visite specialistiche;
* prestazioni diagnostiche e interventi di chirurgia ambulatoriale non rientranti nell’ambito della chirurgia ambulatoriale complessa;
* interventi di chirurgia ambulatoriale complessa

**A TAL FINE DICHIARA**

*consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 DPR 28 dicembre 2000 n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)*

1. che la Struttura è in possesso di autorizzazione sanitaria n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 per le seguenti branche specialistiche:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. che la Struttura è in possesso dell’Autorizzazione all’esercizio per attività di Chirurgia Ambulatoriale Complessa *(barrare se non di interesse)*
2. che la Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non è accreditata, neppure parzialmente, con il Servizio Sanitario Nazionale e che non è convenzionata con lo stesso per l’erogazione di prestazioni sanitarie in regime istituzionale;
3. che la Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti per contrattare con la Pubblica Amministrazione e non si trova in altra situazione considerata dalla legge pregiudizievole o limitativa della capacità contrattuale.
4. che la Struttura è iscritta alla CCIAA di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° REA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. che la Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si impegna ad assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010, n. 136, come modificata dalla Legge 17 dicembre 2010 n. 217;
6. che la Struttura, a titolo di riconoscimento dei costi per locali e servizi, accetta di applicare sotto indicate percentuali calcolate sulla tariffa complessiva pagata dal paziente:
	* + 20% + I.V.A. per spazi e servizi finalizzati alla effettuazione di visite specialistiche;
		+ 35% + I.V.A. per spazi e servizi finalizzati alla effettuazione di prestazioni diagnostiche e di interventi di chirurgia ambulatoriale non rientranti nell’ambito della chirurgia ambulatoriale complessa;
7. che la Struttura, a titolo di riconoscimento dei costi per locali e servizi, intende applicare la/le seguente/i tariffa/e per gli interventi di Chirurgia Ambulatoriale Complessa:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLEGA**

1. Proposta tecnica contenente le informazioni richieste all’art. 9 dell’avviso pubblico per manifestazione di interesse;
2. planimetrie generali e particolari dei locali messi a disposizione;
3. visura camerale riportante i dati relativi all'impresa, non antecedente i sei mesi precedenti la pubblicazione dell’attuale bando;
4. copia dell’autorizzazione sanitaria.

Letto, confermato e sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma digitale